訓練等給付事業の利用期間延長にかかる支援事業者意見書

提出年月日　　　　　年　　月　　日

泉南市福祉事務所長　様

届出者　所在地

事業者名

代表者名

下記のとおり関係書類を添えて訓練等給付事業にかかる評価結果を報告します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 支給決定障害者氏名 |  |
| サービスの種類 | □　自立訓練（機能訓練）　　□　自立訓練（生活訓練）□　宿泊型自立訓練　　　　　□　就労移行支援 |
| 契約事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 契約事業所名 |  |
| 支援実施者(サービス管理責任者) |  |
| 当初支援計画の進捗状況 |  |
| 延長を必要とする期間 | 　　年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 |
| 延長が必要となる理由 |  |
| 添付書類　　□　個別支援計画（利用当初作成分から現在の計画までの全ての写し）　　　　　　□　利用期間延長にかかる個別支援計画案　　　　　　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

※泉南市福祉事務所処理欄

|  |  |
| --- | --- |
| 利用期間延長の適否 | □　適　　　□　否 |
| 意見欄 |

※上記枠内に記入しきれない場合は、別紙を添付していただいても構いません。